DE

N° 32.

L'EXOSTOSE SOUS-UNGUÉALE

THÈSE

PRÉSENTÉE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

le 17 juillet 1885

PAR

Paul AURET

Né à Pézenas (Hérault)

Ex-Interne des hôpitaux

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MONTPELLIER

IMPRIMERIE CRISTIN, SERRE ET RICOME, RUE VIEILLE-INTENDANCE, 5

1885

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. CASTAN Doyen.
GRASSET..... ....) Assesseurs
LANNEGRACE.....)

Professeurs.

	Messieurs :
Clinique médicale.	DUPRÉ (✲ C ✠).
Anatomie.	BENOIT (O. ✲ ✠).
Clinique médicale.	COMBAL (✲ ✠).
Clinique des maladies mentales et nerveuses.	CAVALIER (✲).
Physique médicale.	MOITESSIER (✲).
Anatomie patholog. et histologie.	ESTOR
Médecine légale et toxicologie.	JAUMES.
Clinique chirurgicale.	DUBRUEIL (✲).
Chimie médicale et Pharmacie.	ENGEL.
Hygiène.	BERTIN-SANS.
Pathologie interne.	CASTAN.
Thérapeutique et Matière médic	GRASSET.
Botanique et Histoire Natur.méd.	PLANCHON (✲ ✠).
Physiologie.	LANNEGRACE.
Clinique obstétricale et gynécologie	L. DUMAS.
Clinique chirurgicale, ch. du cours	SERRE.
Opérations et appareils. id.	CHALOT.
Pathologie externe.	N.

Doyen honoraire: M. BENOIT (O. ✲ ✠).
Prof. honor. MM. MARTINS (O. ✲). COURTY (✲). I. DUMAS (✲).

Chargés de Cours :

Clinique des maladies des enfants. MM. BATLLE, agrégé.
Clinique des mal. syphilit. et cutan. GAYRAUD, agrégé.
Clinique des maladies des vieillards. HAMELIN (✲), agrégé.

Agrégés.

Messieurs :		Messieurs
JACQUEMET.	MAIRET.	TÉDENAT.
GRYNFELTT.	CHALOT.	BLAISE.
DE GIRARD.	BIMAR.	BAUMEL.
SERRE.	MOSSÉ (✲).	VILLE.
CARRIEU.	REGIMBEAU (✲).	GRANEL.

M. F.-J. BLAISE, Secrétaire.

Examinateurs de la Thèse :

MM. DUBRUEIL, *président ;*
DUMAS, professeur;
GRYNFELTT, agrégé.
TÉDENAT, agrégé ;

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41544306_0080

INTRODUCTION.

L'exostose sous-unguéale est une tumeur relativement rare et pendant un long stage dans les hôpitaux de Montpellier et du département d'Oran, nous n'avons pu en constater que deux cas. Loin de nous la pensée d'apporter un grand jour sur certaines obscurités relatives à ce sujet; mais il nous a paru utile d'apporter notre grain de sable à l'édifice, en publiant dans ce modeste travail les observations, malheureusement peu nombreuses, que nous avons pu recueillir.

Qu'il me soit permis ici de témoigner ma vive reconnaissance à mon Maître et ami M. le professeur-agrégé Tédenat, dont l'aide ne m'a jamais fait défaut et dont l'amitié m'a toujours soutenu dans les moments difficiles.

entre les mains de Blandin à la suite de l'extirpation. Follin, en 1849, présenta une observation à la société de biologie.

La *Revue chirurgicale* (juillet 1850) porte un mémoire de Legoupils, publié avant sa thèse, mémoire que cite Gosselin dans ses leçons cliniques.

Peu à peu les documents se sont multipliés, de nombreuses observations ont augmenté les annales de la science. Nous avons consulté la plus grande partie de ce qui a été publié au sujet de l'exostose sous-unguéale et les ouvrages que nous citons plus bas nous ont été du plus grand secours.

Dupuytren. — Leçons orales, t. II.
Legoupils. — Thèse de Paris, 1850.
Dolbeau. — Leçons de clinique chirug., 1867.
Trélat. — *Bull. de la Soc. anatom.*, 1874.
Gosselin. — Clin. de la Charité, t. 1.
Borde. — Thèse de Paris, 1875.
Nicaise. — *Gaz. méd. de Paris*, mai 1875.
Pouchet et Tourneuse. — Précis d'histol. hum.
Virchow. — Traité des tumeurs.
Cornil et Ranvier. — Histol. pathologique.
Cruveilhier. — Atl. anat. pathol., 23e livraison.
Follin et Duplay. — Traité pathol. ext., t. 2.

Les travaux publiés sur l'exostose sous-unguéale sont en si grand nombre que la question paraît épuisée. On voit avec étonnement combien ce sujet circonscrit de pathologie chirurgicale a excité de recherches.

Après les maîtres que nous citons plus haut et qui ont attaché leur attention sur les symptômes, l'anatomie et le traitement de l'exostose sous-unguéale, que peut-on ajouter à leur description ? Aussi ne craindrons-nous pas d'avouer sincèrement que nous avons puisé largement dans leurs ouvrages. Ce sera là la meilleure garantie d'exactitude de notre thèse.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les auteurs classiques sont longtemps restés en désaccord sur la nature de l'exostose sous-unguéale. Dupuytren, qui a parlé le premier de ces tumeurs avec une autorité incontestée, les comparaît aux nodosités de l'écorce des arbres et les regardait comme des excroissances osseuses venant directement de la phalange.

Blandin, Roux qui les assimilaient aux exostoses de la croissance, les considéraient comme de pures productions du périoste ; ils pensaient que le noyau osseux, d'abord libre, ne se soudait que plus tard avec la phalange.

M. Dolbeau, sans accorder une importance quelconque au tissu fibreux qui recouvre la tumeur, aux bourgeons qui la revêtent, n'hésite pas à dire que la production naît de la phalange, qu'elle est toujours de nature osseuse. Pour lui, le traumatisme n'a pas d'action, directe ou non, sur sa pathogénie. « La portion osseuse se compose elle-même d'une lamelle compacte de la phalange et d'une partie centrale formée de tissu spongieux également en communication avec celui de la phalange, qui fait pour ainsi dire expansion au-dehors. D'après cette disposition, il est évident que l'exostose sous-unguéale est une dépendance du tissu osseux sous-jacent et qu'elle en tire son origine. Le périoste ne fait que recouvrir la tumeur. Il peut s'altérer, s'épaissir en s'hypertrophiant, mais il n'est pour rien dans la production du tissu osseux qui entre dans la composition de l'exostose. » (Leçons clin. chirur., 1867.)

Pour les auteurs précédents, l'exostose sous-unguéale ne serait donc autre chose qu'une production osseuse. Ils

n'auraient pas tenu compte de l'existence des tissus fibreux ou cartilagineux.

A propos d'une observation de Fischer (Bull. de la Société Anat. de Paris 1861), Dolbeau, dans son rapport, niait l'existence du cartilage dans ces tumeurs, et Besnier, quelques mois plus tard, à propos de deux observations de Colombet, présentées à la même Société, dans lesquelles on avait constaté la présence de tissu fibreux, déclarait: «Ainsi serait établie l'unité histologique de l'exostose comme tumeur osseuse ne passant pas par la période cartilagineuse.» C'était passer sous silence les faits produits par Legoupils et autres dans lesquels on notait la présence de noyaux cartilagineux plus ou moins volumineux; les deux cas de Valin, communiqués par M. Gosselin, où la tumeur paraissait de nature enchondromateuse. M. Trélat assigne à cette affection le périoste pour origine, et même la portion sus-périostale. Il la range dans la classe des sarcômes ossifiants par la tendance qu'elle a à bourgeonner, à envahir les tissus voisins, par la fréquence de la récidive. (Bull. de la Soc. Anat. 1874.)

M. Gosselin, lui, appelle l'attention non seulement sur la production du tissu osseux, mais aussi sur l'enveloppe de cette même production, enveloppe superficielle, fibreuse, fournie par l'épaississement du périoste et des parties profondes du derme. C'est une tumeur ostéo-fibreuse; reste à savoir, ajoute-t-il, si entre la portion osseuse et la portion fibreuse, il y a du cartilage. (Clin. de la Charité 1877.)

Un article de M. Nicaise, publié en mai 1875, dans la *Gazette médicale de Paris*, nous fournira un exemple bien net de développement en dehors de l'os: «La tumeur enlevée est du volume d'une petite noisette et présente à sa surface adhérente un tissu très résistant, blanchâtre, mais sans trace de tissu osseux. Une coupe faite sur la ligne médiane, montre au centre même une portion osseuse du volume d'une lentille,

entourée de toute part par du tissu fibro-cartilagineux. L'examen microscopique indique qu'au niveau de la face adhérente il n'y a que du tissu conjonctif, il est dense, serré.

»En approchant du centre des cellules cartilagineuses, elles s'arrêtent au niveau du tissu osseux central, lequel présente des ostéoplastes vrais. En plusieurs points, le tissu osseux se continue directement avec le tissu conjonctif, qui est alors mélangé d'une substance amorphe homogène, et dont les cellules plasmatiques sont plus développées.»

M. Nicaise cite aussi l'opinion de Cornil et Ranvier, mais il ne se prononce pas. Une hypothèse ingénieuse, basée sur une découverte de MM. Longe et Mer lui paraît assez bien rendre compte des faits observés, elle est d'ailleurs rendue vraisemblable par les rapports directs du tissu osseux et du tissu conjonctif. MM. Longe et Mer ont en effet remarqué dans des recherches d'histologie embryonnaire, que chez l'homme et les quadrumanes, conformément à ce qui se passe dans l'ossification des os crâniens, la partie supérieure de la phalangette se transformait directemeut de tissu conjonctif en tissu osseux. Ils ont pu toujours voir que c'est par l'extrémité antérieure du cône cartilagineux représentant la phalange embryonnaire que commençait la calcification. «Plus tard apparaît à la surface de cette partie calcifiée une couche de substance osseuse se formant par ossification directe dans le tissu lamineux. Cet os s'étend d'une part en lame pour porter l'ongle, d'autre part, il enveloppe comme une calotte l'extrémité calcifiée de la phalange, qui cesse en même temps de s'accroître, ainsi que cela est la règle..... Il est probable que cette portion de cartilage primitivement calcifiée ne disparaît que plus tard devant la résorption modelante.»(Pouchet et Tourneux, Précis d'Hist. humaine.) La persistance de ce travail ou sa provocation par une cause, telle que le traumatisme par exemple, pourraient expliquer la production périostale

c'est-à-dire la production qui est entourée de partout par le tissu fibreux.

Nous trouvons encore dans la thèse de M. Borde, d'après deux observations dues à M. Gosselin : «En examinant la tumeur qui est grosse comme une noisette, nous la trouvons formée dans toute son étendue de tissu osseux spongieux, entouré antérieurement par du tissu cartilagineux mince.» 2e Observation.«En examinant la tumeur, nous trouvons qu'à sa base, dans la plus grande partie de son étendue, elle paraît enchondromateuse, c'est-à-dire formée de cartilage.

La présence du cartilage, dans l'exostose sous-unguéale, pourrait s'expliquer grâce à une hypothèse de Virchow. Dans le traité des tumeurs, il dit que les os étant primitivement cartilagineux, il est possible qu'un segment isolé, au moment où l'ossification générale commence, puisse ultérieurement suivre une évolution individuelle. Il croit aussi que la formation des tumenrs que l'on observe au voisinage des épiphyses, peut être due à « une irritation qui atteint la surface de l'épiphyse, à une époque peu avancée de la vie, et détermine la production d'une végétation latérale insolite partant du cartilage intermédiaire. »

L'exostose sous-unguéale est donc une tumeur composée de tissu osseux, fibreux et cartilagineux. L'étude de sa structure peut être faite en partie sans l'emploi d'instruments grossissants, en opérant une section à l'aide de la scie ou du couteau. C'est ainsi d'ailleurs que depuis longtemps on avait pu remarquer que la substance osseuse était recouverte de couches de tissu fibro-cartilagineux. A la coupe, on distingue généralement trois zônes; la plus superficielle, d'aspect fibreux; la moyenne, hyaline, cartilagineuse ; enfin, la zône centrale, calcaire, rouge, rappelant complètement le tissu osseux spongieux.

Dans d'autres cas, on pourra constater que la plus grande

partie de la tumeur est osseuse, et qu'il n'existe à la surface qu'une couche fibreuse d'épaisseur variable. On trouvera enfin dans des cas plus rares, une tumeur formée entièrement de tissu fibreux avec un noyau plus ou moins gros cartilagineux.

La nature de la tumeur, les nombreux examens histologiques qui en ont été faits paraîtraient devoir lui faire assigner une origine périostale. Bien des fois on a remarqué que ces tumeurs ne présentaient aucun pédicule, qu'elles étaient entourées de toute part de tissu fibreux, qu'elles se laissaient détacher avec une grande facilité. D'autres fois, dans le cas où l'organisation plus avancée avait pu constituer un pédicule adhérent à la phalange, ses caractères observés au microscope ont toujours permis de séparer absolument les éléments osseux de ceux de la phalangette et de l'exostose véritable. En effet, on rencontre des trabécules osseuses qui renferment des corpuscules osseux, volumineux, échancrés, offrant des espaces irréguliers remplis de cellules embryonnaires analogues à celles de la moelle jeune. Cette faiblesse des connexions, la facilité d'énucléation, les caractères distincts du tissu osseux, nous font conclure à une origine périostale.

La plupart des histologistes sont à peu près tous d'accord aujourd'hui pour classer l'exostose sous-unguéale parmi les sarcômes. Ch. Robin en a fait des tumeurs fibro-plastiques; Virchow la décrit dans sa série connective des sarcômes; Cornil et Ranvier la considèrent comme une tumeur analogue aux épulis et la rangent parmi les sarcômes ossifiants: « Les petites tumeurs appelées exostoses sous-unguéales répondent exactement à la même description que les épulis et sont de même nature; il serait impossible de reconnaître l'une de l'autre deux préparations, l'une faite avec une épulis et l'autre avec une exostose sous-unguéale. La nature sar-

cômateuse de ces tumeurs nous est révélée par ce fait qu'elles ont seulement de la tendance à une organisation osseuse, sans parvenir à constituer un os parfait. . . . . .

»Les exostoses sous-unguéales tiennent de l'ostéôme par la propriété qu'elles ont d'engendrer de l'os, mais il n'y a jamais d'ossification complète et permanente dans ces tumeurs ; elles offrent simplement une tendance à l'ossification, et c'est à cause de ces caractères que nous les rangeons parmi les sarcômes.» (Histol. pathologique.)

PATHOGÉNIE.

Nous devons examiner quelles sont les conditions pathogéniques qui président à l'apparition de l'exostose sous-unguéale.

Existe-t-il des dispositions anatomiques particulières de la couche profonde du périoste, tapissant l'extrémité unguéale de la phalange, qui puissent nous fournir la raison de la localisation de cette affection en ce point.

En effet, dès la période embryonnaire, on voit la formation d'os à l'extrémité unguéale être, et très active et très précoce. Les éléments de la couche ostéogène, immédiatement en contact avec l'os, les ostéoblastes autrement dit, rares, très disséminés au niveau de la partie postérieure de l'os, même auprès de l'épiphyse, sont plus abondants, plus confluents à l'extrémité antérieure et forment là comme une couche continue.

Si on se reporte au travail de MM. Longet et Mer, dans le chapitre précédent, sur l'ossification phalangienne, on pourra avoir une explication de cette forme de l'exostose, dite ostéo-fibreuse. On comprendra facilement, d'après ces considérations, qu'une cause relativement peu grave, pourra amener dans cette région un travail inflammatoire. On pourra constater une ostéo-périostite, dont le résultat sera la naissance d'une quantité plus ou moins grande de tissu osseux.

Quant à l'exostose sous-unguéale à forme cartilagineuse, comment expliquer la présence du cartilage dans une région d'où il aurait dû disparaître depuis de longues années ?

On peut l'interpréter grâce à une hypothèse due à Wirchow, hypothèse que nous avons rapportée à l'article *Anatomie pathologique*. Si l'hypothèse est vraie, quoi de plus naturel qu'à un moment donné, sous une influence quelconque, les segments cartilagineux ainsi individualisés, puissent devenir le point de départ de l'exostose. Quoi qu'il en soit, ce germe cartilagineux pourra sommeiller pendant longtemps. « Puis sous l'influence d'une cause quelconque, ou même sans cause appréciable, comme on le voit, par exemple, pour certains kystes dermoïdes qui, après être demeurés longtemps embryonnaires, prennent tout d'un coup un accroissement considérable, le noyau cartilagineux pourra s'étendre, et simultanément l'ossification commencera.» (*Revue de chirurgie* 1881, Variot.)

Pour la variété d'exostose sous-unguéale cartilagineuse qui est intra-périostique, il nous restera une dernière hypothèse à envisager. Ici le cartilage est-il toujours embryonnaire ?

Il y a de fortes présomptions pour que nous puissions affirmer le contraire. Dans certains cas, la production cartilagineuse pourra être amenée par le traumatisme lui seul, qu'il soit assez violent pour fracturer l'os ou bien qu'il ne consiste qu'en une pression qui sera longtemps continuée sur le périoste.

Ne constate-t-on pas dans la presque généralité des cas, la réapparition du cartilage surtout chez les jeunes sujets lors de la formation du cal? A ce sujet, nous lisons dans Cruveilhier: « On peut suivre l'altération progressive des muscles depuis le moment où la fracture vient d'avoir lieu, jusqu'à celui où la transformation cartilagineuse est opérée; alors le cal qui n'est encore que cartilagineux, est circonscrit et peut être séparé des muscles environnants. Cette séparation toutefois ne se fait pas sans déchirure et il

faut emporter une partie du cartilage pour avoir le cal cartilagineux parfaitement isolé, ou laisser quelques fibres musculaires pour avoir la totalité du cal; mais bientôt des points osseux se manifestent dans l'épaisseur du cartilage; ils sont très sensibles dès le premier moment de leur apparition chez les animaux qu'on nourrit de garance. L'ossification envahit tout le cartilage, le bout des fragments est enveloppé par ce cal osseux qui est d'abord rougeâtre, très poreux, pénétré de suc, mais qui prend peu à peu de la consistance. » (Cruveilhier, Atlas d'anatomie pathol., 23e livraison.)

La présence du cartilage là où il ne préexistait pas encore a été constatée par M. Gosselin, dans une leçon clinique consacrée à la consolidation des fractures. Presque tous les auteurs admettent aujourd'hui ce fait.

Remarquons encore que, d'autres conditions qui paraissent offrir beaucoup plus d'analogie avec le développement de l'exostose sous-unguéale, c'est-à-dire dans les luxations anciennes, on constatera la formation d'une néarthrose amenée par la pression ou le frottement contenu de l'os luxé sur l'os voisin. Dans ces néarthroses, Langenbeck a remarqué que la cavité articulaire de nouvelle formation est formée en partie par un épaississement osseux, mais qu'elle peut aussi être revêtue d'une couche cartilagineuse atteignant jusqu'à plusieurs millimètres. A. Müller, d'après Langenbeck, eut l'occasion d'examiner, au microscope, le revêtement cartilagineux, et put voir qu'il se rapprochait beaucoup, par sa structure, du tissu fibro-cartilagineux.

En somme, d'après les quelques lignes de ce chapitre, il nous semblerait pouvoir expliquer sinon d'une manière générale, du moins pour certains cas, la pathogénie de l'exostose sous-unguéale.

ÉTIOLOGIE.

De même que l'étiologie de la plupart des néoplasmes, l'étiologie de l'exostose sous-unguéale est encore obscure. Les auteurs ont tour à tour appelé l'attention sur les causes prédisposantes, telles que l'hérédité, les diathèses, l'âge, le sexe, etc., ou bien sur les causes efficientes telles que le *traumatisme*, les *habitudes*, etc.; nous jetterons un coup-d'œil rapide sur les différentes influences que l'on a incriminées. Mais nous devons avouer que nous sommes loin d'avoir une certitude, même relative, sur le rôle qu'elles ont paru jouer dans le développement de la maladie en général.

CAUSES PRÉDISPOSANTES.

On a longtemps accusé, à tort ou à raison, la syphilis et la scrofule d'influer sur le développement de la tumeur sous-unguéale en question. Ricord écrit, à propos des accidents tertiaires, qu'on peut leur rapporter beaucoup de cas encore mal définis ou d'une insaisissable difficulté de diagnostic. « Il n'est pas probable, dit-il, qu'il y ait des tissus qui aient l'heureux privilège d'échapper aux ravages de la syphilis. » (Traité des mal. vénér., 1838.) Mais nous sommes obligés de constater que jamais il n'a été possible d'établir de relation, quelque minime qu'elle fût, entre cette diathèse et l'exostose sous-unguéale de la main. La main n'aurait aucune raison d'échapper à la loi commune énoncée par

Ricord. Il nous paraîtrait donc que c'est l'absence de données étiologiques certaines qui aurait pu faire mettre cette cause en avant. Car, s'il a été trouvé des malades porteurs de cette exostose au pied et atteints de syphilis, jamais cette coïncidence n'a été prouvée pour d'autres malades portant la tumeur à la main. La main aurait-elle l'heureux et inexplicable privilège d'être épargnée par cette forme de diathèse ? La syphilis a donc été incriminée à la légère.

Quant à la scrofule, souvent mise en cause, les rares exemples de scrofuleux trouvés de temps à autre avec une exostose sous-unguéale nous montrent qu'on est peut-être allé trop loin sur ce point. Il est vrai que, par leur côté encore obscur, la syphilis et la scrofule prêtent un abri à beaucoup de faits mal connus et peut-être mal étudiés, et que l'on a une grande tendance à mettre sur leur compte, ce qui peut embarrasser le diagnostic. Quant à nous, sans vouloir hautement nier ou affirmer la vérité de ces imputations, forts de l'autorité du professeur Verneuil, nous croyons qu'il faut regarder comme considérable l'influence des diathèses sur le développement de cette tumeur, comme sur les tumeurs en général, surtout celles qui peuvent récidiver.

Dupuytren, quoiqu'il citât l'âge de ses malades, n'avait pas appelé l'attention sur cette particularité. Legoupils, le premier, fit remarquer l'influence de l'âge sur le développement de l'exostose sous-unguéale (*Rev. médic. chirurg.* 1850). Ses malades ne dépassaient pas la 26e année. Pour ces auteurs et les suivants, il était prouvé que la maladie n'était qu'une maladie de l'adolescence. Besnier disait: « Un seul fait hors de contestation, c'est que la tumeur sous-unguéale se développe exclusivement dans la jeunesse proprement dite, à cette période de l'existence où l'évolution du tissu osseux est active, et où son développement n'est pas encore complet. Aussi me paraît-il assez naturel de penser que cette coïnci-

dence n'est pas fortuite, et que la variété dont il s'agit doit être rattachée à une déviation spontanée, irrégularité locale ou dans l'évolution du tissu osseux, irrégularité qui emprunte son importance à la région qui en est le siège. (*Bull. société anatomique* 1861.)

Borde (Thèse de Paris, 1875), est encore plus exclusif. « L'adolescence est une des causes les plus certaines et les plus importantes de l'exostose sous-unguéale. C'est le seul âge où elle se développe, l'enfance et l'âge mûr n'y sont pas exposés.»

Cependant Richel, Gosselin avaient observé des cas curieux chez des malades âgés; les observations que nous citons plus loin réfuteraient cette idée que l'exostose sous-unguéale serait l'apanage de l'adolescence, une exostose de croissance. Considérées au point de vue anatomique et histologique, l'une et l'autre diffèrent de beaucoup entre elles.

L'exostose sous-unguéale est toujours seule, molle dans son pourtour et osseuse seulement au centre, sans que l'élément osseux soit complètement développé, bourgeonnant, tendant à s'ulcérer, d'origine souvent traumatique, provoquant des douleurs spontanées siégeant sur les os courts, toujours éloignés des cartilages de conjugaison et à l'extrémité opposée à l'articulation périostique, souvent peu adhérente à la phalangette, à marche toujours progressive.

Elle diffère donc notablement de l'exostose, dite de croissance. Celle-ci est quelquefois multiple, de consistance dure, le tissu osseux et le tissu spongieux sont bien distincts; elle ne tend pas à s'enflammer ou à suppurer, elle est indolente, sous-périostique; le chirurgien n'a pas à intervenir pour arrêter la progression morbide, puisqu'il verra, avec la période de croissance, cesser le développement de la tumeur.

Ces deux maladies n'ont donc pas d'analogie et il faut

considérer cette coïncidence apparente, dans l'époque du développement, comme susceptible d'une autre interprétation.

Quant au sexe, si, il y a peu de temps encore, et grâce à des relevés incomplets et peut-être mal établis, on lui a attribué, surtout au sexe féminin, une influence considérable sur la production de l'exostose en question; nous ne pouvons hésiter aujourd'hui à affirmer qu'elle n'est pas la part attributive d'un sexe en particulier. Besnier lui-même pense, quoique la plupart des observations se rapportent à des jeunes filles, que cela ne suffit pas pour confirmer cette idée que l'exostose sous-unguéale chez les garçons serait une exception. Sur huit cas rapportés par M. Gosselin, trois appartiennent à des garçons, et il dit, dans ses leçons cliniques: « Quoique dans les recueils périodiques, vous trouviez l'indication de filles plus souvent que celle de garçons, cependant vous rencontrerez encore la mention de garçons, asssez souvent pour être autorisé à croire que la proportion est différente de celle qui a lieu pour l'ongle incarné... En rapprochant mes résultats de l'impression que me laisse la lecture des faits publiés, je crois que, relativement, il y a plus de garçons atteints de l'exostose sous-unguéale que de filles atteintes d'ongle incarné. »

CAUSES EFFICIENTES.

Une opinion généralement admise est que cette affection apparaît spontanément et sans cause déterminée. L'importance étiologique que certains chirurgiens attachent aux traumatismes de toute sorte, soit passagers, soit permanents, n'est pas acceptée par les uns. Pour d'autres, le traumatisme n'a

pas d'influence sur le développement de l'exostose sous-unguéale, il ne fait qu'attirer l'attention du malade sur une tumeur peu volumineuse encore ignorée (Fischer, Bull. de la Soc. anatomique de Paris, 1861). Bien qu'il y ait eu de nombreuses discussions à propos de l'influence du traumatisme et que l'on soit loin d'être d'accord sur la part qu'il conviendrait de lui attribuer, il nous semble que cette part doit être grande. M. Verneuil ne met pas en doute, dans bon nombre de cas, l'action déterminante du traumatisme sur la production des néoplasmes. Pour certains cas, chez les jeunes sujets, par exemple, l'explication serait satisfaisante, la cause prédisposante étant l'état de leur système osseux en pleine activité d'expansion, la cause efficiente serait le traumatisme quelconque, passager ou permanent. Mais comment expliquer la production de l'affection chez les sujets adultes âgés de quarante ans et plus?

Virchow n'hésite pas à reconnaître pour cause à ces tumeurs, les irritations et les inflammations réitérées. Sous ce rapport, dit-il, la prédominance de ces états morbides a une place toute particulière au pied, surtout au gros orteil, mérite un intérêt spécial. En général, le sarcôme succède ici à des gonflements, à des inflammations. Quelquefois, il revêt la forme de l'onyxis malin ou fongueux.

Les deux cas que nous citons immédiatement après viennent à l'appui de l'idée de Virchow et semblent la confirmer. Vix a décrit un sarcôme de la tête, chez un portefaix, sarcôme qui se développa à l'endroit dépourvu de cheveux, sur lequel pesaient les nombreux fardeaux qu'il avait à supporter (*Arch. klin. chir.* 1862). Birket constata sous le muscle fléchisseur superficiel d'un jeune homme de 19 ans, une tumeur siégeant à l'avant-bras droit, à la place exacte où était passée l'anse d'un pesant panier qu'il avait l'habitude de porter. L'extirpation démontra la nature fibro-plastique de cette tumeur.

Certains auteurs prennent en sérieuse considération l'habitude de porter des sabots, des chaussures trop étroites ou mal faites, etc. Legoupils écrit: « Ne cherchez pas la cause de l'exostose sous-unguéale en dehors des chaussures. Le gros orteil, le plus puissant par son volume et sa longueur, pose directement à plat ; les quatre autres rangés sur une ligne oblique, pressés les uns contre les autres, reposent en grande partie sur leur pulpe, de façon que l'ongle est obliquement situé de haut en bas et d'arrière en avant. Dans cet agencement, quelles sont les parties qui se prêtent à la pression des chaussures? Évidemment, la face externe du petit orteil, les articulations des phalanges entre elles, l'ongle et l'extrémité libre, ainsi que le bord du gros orteil. Les points désignés pour les quatre derniers doigts se trouvent être le siège favori des cors; le bord interne du gros orteil est également celui de l'ongle incarné : autant d'accidents qui sont dus à la chaussure trop étroite. L'analogie me force à conclure que la compression qui les produit doit en produire d'un autre ordre, quand elle vient à tomber sur l'ongle du gros orteil. A cet argument, Dolbeau répond qu'à ce compte il devrait y avoir beaucoup plus de cas qu'il n'y en a en réalité. Car quelle jeune fille ne sera pas disposée, pour se plier aux caprices de la mode, à serrer son pied outre-mesure dans ses chaussures? Mais il nous semble que ce serait ne pas tenir compte de la constitution et des prédispositions individuelles. Chacun a sa façon de supporter un traumatisme et de réagir contre lui.

On a incriminé aussi les sabots comme cause déterminante de l'exostose. Mais au temps où l'on croyait à l'influence du sexe, comment expliquer qu'il n'y eût pas plus de garçons que de filles porteurs de cette affection? Fischer dit : «L'étiologie si obscure de l'exostose sous-unguéale paraît bien simple d'après l'histoire de notre malade; le frottement des sabots

aurait eu une influence décisive sur la production de la maladie. Malheureusement cette raison est contestable et l'on peut se demander si le choc n'avait pas plutôt décelé la présence d'une affection jusqu'alors ignorée. Comment enfin expliquer la présence de l'exostose sous-unguéale chez les femmes et sa rareté chez l'homme, quand celui-ci porte des chaussures plus grossières.... » *(Bull. soc. anat.* Paris 1861.)

Besnier pense que dans la majorité des cas, on ne peut pas invoquer, soit les contusions professionnelles des sujets, soit quelques circonstances particulières, telles que l'usage de chaussures grossières, trop étroites ou trop courtes.

Nous nous rangerons donc absolument à l'avis de Besnier, et nous serons obligé d'avouer que malheureusement, pour l'exostose sous-unguéale comme pour les tumeurs en général l'on se trouve en face de causes étiologiques des plus obscures et qu'il sera absolument nécessaire de tenir toujours compte des prédispositions et de la constitution des sujets, pour donner une raison fondée de leur production.

SYMPTOMATOLOGIE.

Après le travail magistral de Dupuytren, la thèse de Legoupils, les leçons cliniques de M. Gosselin, celles de Dolbeau, que serait-il permis d'ajouter à la description symptomatologique de l'exostose sous-unguéale? Aussi pensons-nous être autorisé à emprunter à leur enseignement les documents qui composent cet article.

Le chirurgien aura affaire à une tumeur simple ou accompagnée de complication. Ce sera surtout au pied qu'il rencontrera la seconde forme et la raison en est tout entière dans son rôle fonctionnel.

Pour le pied, la tumeur apparaît d'une façon insidieuse: pas de douleur, pas de gêne. Ce n'est qu'un jour, après une marche un peu longue, en portant ou en essayant une chaussure neuve ou étroite, après un choc violent contre la pointe du pied, que le malade s'apercevra d'une gêne douloureuse au niveau de l'ongle du gros orteil. En examinant son pied, il constate une petite excroissance soulevant insensiblement l'ongle.

Peu à peu la tumeur augmente et la douleur devient surtout plus vive pendant la marche sur un terrain inégal ou rabotteux. La claudication, imperceptible d'abord, s'exagère avec la douleur. Le malade qui, malheureusement, appartient le plus souvent à une classe peu aisée, ne cesse de travailler que lorsque la marche et la station debout sont devenues impossibles. Il croit à un ongle incarné, et comme il en connaît à peu près le traitement, il coupera l'ongle, le

soulèvera avec de la charpie, de la ouate ou de l'amadou, etc.. Enfin, désespérant de voir disparaître le mal sous l'influence de ces moyens ou des pommades magistrales, ou extravagantes, qui lui auront été conseillées, il se décidera à avoir recours à un homme de l'art.

Le repos a été suffisant par fois pour calmer la douleur; on s'en rendra facilement compte en se reportant aux cas assez nombreux cités dans les cliniques de Dupuytren et par d'autres auteurs (Legoupils, André, Gosselin). Cependant, il est arrivé quelquefois que les douleurs persistaient, même pendant le repos le plus complet. On a vu des malades qui pouvaient à peine se chausser, manger, dormir. Cet état peut se prolonger plusieurs années et déterminer des troubles graves dans la santé générale, tels qu'amaigrissement, anémie, des palpitations nerveuses, des névralgies intercostales (André, Th. inaug., 1868). Pour expliquer ces phénomènes douloureux, on a fait intervenir le volume de la tumeur, son siége, et enfin les susceptibilités personnelles de certains sujets. Ces douleurs excessivss, eu égard à l'importance de la lésion qui les produit, sont assez fréquentes aux extrémités des orteils. On n'a qu'à rapprocher l'exostose sons-unguéale, à ce point de vue de l'onyxis. Tout le monde sait que la marche peut être complètement entravée par une ulcération superficielle, insignifiante, ulcération que l'ongle pénètre à chaque mouvement du pied.

Cette exquise sensibilité du derme sous-unguéal, à peine perceptible quand il est protégé par sa couche cornée, se trouve exaspérée quand il est refoulé par une tumeur sous-jacente et comprimé d'autre part à l'extérieur. Aussi le malade, après avoir essayé de marcher avec une chaussure de pointure supérieure, et souffrant quand même, attribue-t-il la douleur à l'ongle. Il le coupe dans toute l'étendue où il se

décolle, de telle façon, qu'au voisinage de la matrice, ce qui en restera, l'enserrera comme un fer à cheval.

Si l'ongle est resté en place, les déformations marchent parallèlement au développement de l'exostose. Celle-ci, ayant toujours de la tendance à s'accroître, vu aussi l'impossibilité de s'étendre du côté de la phalangette, envahit, comprime le derme sous-unguéal, et l'ongle subit alors le contre-coup des désordres nutritifs et fonctionnels produits. Au lieu d'un ongle poli, lisse, régulier, à bords parallèles, à courbure artistique, on constate un ongle terne et grisâtre, inégal, raboteux, largement sillonné de rides transversales, bombé ou enroulé sur sa surface libre de façon à toucher par fois la racine; il se déjète sur les côtés, se fend longitudinalement, s'épaissit, devient plus ou moins dur, tantôt jaunâtre comme l'ivoire veillie, tantôt gris ou noir.

De plus en plus soulevé, il se détache, laissant voir au-dessous de lui un autre ongle irrégulier, difforme, qui, s'incarnant presque toujours, apporte un nouvel élément de souffrances au malade. La tumeur tend à sortir au-devant du bord libre; primitivement presque globuleuse, recouverte d'une peau amincie et tendre, rosée, brillante, par fois granuleuse, elle ne tarde pas à déborder la surface cornée, elle s'ulcère, peut se couvrir de fongosités saignant au moindre contact, suppurer, recouvrir l'aspect des cancers en voie de dégénérescence, grâce à un suintement séro-purulent abondant, accompagné de poussées inflammatoires, enfin, suivant l'état du mal, après un examen peu minutieux, faire supposer depuis l'onyxis jusqu'à l'ostéo-sarcôme.

Pour l'exostose sous-unguéale de la main, il sera difficile au malade de laisser passer inaperçue une tumeur quelque petite et quelque indolente qu'elle soit; il en fixera la naissance à quelques jours près. En tout cas, le siége spécial du mal, surtout à l'index dont, à l'état de veille, l'occupation

est persistante et continue, la gêne éprouvée, les élancements douloureux ne tardent pas à appeler l'attention du porteur de l'affection. La tumeur suit la marche indiquée plus haut, les souffrances deviennent plus vives, le moindre choc les rend impossibles à supporter, la main ne peut rendre le moindre service, le membre garde l'immobilité la plus absolue et le malade demande l'opération.

La tumeur siège spécialement au pouce ou à l'index, au gros ou au second orteil. Elle varie de la grosseur d'un pois à la grosseur exceptionnelle d'un marron (Debrou).

En promenant légèrement le doigt sur le pourtour, on sent une surface molle, fongueuse, un peu élastique, presque fluctuante ; mais en conprimant plus fortement (non sans causer une vive douleur au malade), on arrive sur une portion dure, résistante, immobile, impossible à déplacer. Cette immobilité est constante.

En général, le siège, la marche, la dureté et l'immobilité de l'exostose sous-unguéale en rendront le diagnostic assez facile.

DIAGNOSTIC

Nous ne pensons pas, qu'en tant que tumeur simple, on ait de la difficulté à reconnaître une exostose sous-unguéale. Il n'existe pas de maladie de l'ongle qui s'accompagne d'une tumeur. Devons-nous faire un diagnostic différentiel entre les exostoses vraies et l'affection qui nous occupe? Il nous semble avoir prouvé au point de vue anatomique et hystologique quelle séparation existait entre ces deux maladies.

Aussi n'hésiterons -nous pas à reconnaître une exostose sous-unguéale, si nous nous appuyons sur la déformation de l'ongle et de la portion extrême du doigt, des altérations et de la déformation de la substance cornée, des caractères spéciaux observés, tels que la consistance, l'immobilité, la douleur à la pression.

Mais là où le diagnostic présente de hautes difficultés, c'est quand la tumeur offre des complications signalées à l'article symptomatologie.

M. Variot cite un cas observé dans le service de M. Gosselin, à la Charité, où le diagnostic ne fut établi qu'après l'intervention chirurgicale (*Revue de chirurgie* 1881). Une jeune fille avait été opérée d'un ongle incarné aux deux gros orteils, six mois auparavant. A la visite, on constata que les deux ongles très épaissis avaient une tendance à l'incarnation du côté externe, et que d'arrière en avant, ils étaient très fortement bombés. Les souffrances étaient extrêmes et les marches impossibles.

M. Gosselin hésitait entre une exostose cachée sous la puissante couche cornée et une affection de la matrice unguéale

qui aurait causé une altération profonde de l'ongle nouvellement reproduit. L'ablation des deux ongles eut lieu après réfrigération des orteils et il fut constaté un épaississement et une induration du derme sous-unguéal. Le bistouri ne put arriver à enlever cette saillie, dans laquelle il se heurtait à de la substance osseuse, rencontrée tout près de la surface du derme. Le raclage put enlever les parties les plus saillantes. Ces fragments, examinés au microscope, se trouvèrent composés en très grande partie de tissu fibreux, qui enveloppait du tissu osseux spongieux. On avait donc eu affaire à une exostose sous-unguéale à forme ostéo-fibreuse.

Dans d'autres cas, le gonflement des tissus, les ulcérations, le suintement séro-sanguinolent, la suppuration, la présence de bourgeons fongueux, sanieux, avec poussées inflammatoires, etc., peuvent masquer la véritable nature de l'affection et faire croire à l'onyxis, au panaris, au phlegmon, et jusqu'à l'ostéo-sarcôme.

Au pied, l'erreur paraît avoir été produite plusieurs fois. A la main, l'observation de M. Richet, que nous citons, nous en fournit un exemple. La véritable nature de la tumeur ne fut reconnue qu'après l'extirpation.

Il faudra donc s'aider des commémoratifs de la marche rapide, des douleurs très vives dans certains cas ; dans d'autres de l'évolution lente, de l'absence de douleurs spontanées, pour la main par exemple. Ces considérations et la pensée de constater l'existence de l'exostose sous-unguéale mettront le praticien sur la voie, et lui permettront d'établir irréfutablement son diagnostic.

TRAITEMENT

Follin croyait à la nature complètement osseuse de l'exostose sous-unguéale, et il écrivait cependant «l'iodure de potassium qui fait disparaître si heureusement les différentes secrétions plastiques de la syphilis, n'amène aucun travail de résolution dans les ostéômes, mais il s'oppose à ce qu'ils augmentent de volume.

M. Gubler a souvent insisté aussi sur les propriétés de l'iodure de potassium et a démontré l'efficacité de son intervention non seulement dans les tumeurs d'origine syphilitique mais dans toutes celles où les éléments jeunes, embryonnaires, sont encore en voie d'évolution et ne présentent pas les caractères d'un tissu complet. L'iodure de potassium a prise sur ces éléments et en amène facilement la régression et la résorption.

Appuyé sur ces deux grandes autorités, nous pourrions juger rationnel d'en essayer l'emploi dans les cas où l'intervention chirurgicale ne serait pas de nécessité absolue, mais nous croyons devoir placer notre confiance dans les traitements que nous allons étudier.

Nous trouvons dans la première observation que nous rapportons, l'emploi des caustiques reconnu utile. Mais jusqu'à Nélaton, cette méthode paraît tombée dans l'oubli. Nélaton conseille, lorsqu'on a affaire à une tumeur de petit volume, de placer sur son sommet préalablement mis à nu, un fragment de chlorure de zinc; huit à dix jours après, la tumeur se détache sous la forme d'une petite rondelle. (Pathol. chir.)

M. Richet a aussi essayé de détruire l'affection par un caustique, mais il n'a pas réussi.

Il nous semble qu'il ne faut avoir qu'une confiance très limitée dans l'emploi de cette méthode, et nous ne voyons pas de circonstance où il soit indiqué de s'en servir. L'abrasion par l'instrument tranchant nous paraît un des plus sûrs moyens de venir à bout de la tumeur sous-unguéale.

Liston, après la première opération par l'instrument tranchant, observa une récidive, ce qui d'ailleurs était déjà arrivé à plusieurs de ses contemporains. Frappé de ces insuccès, il n'hésita pas à mettre en pratique la désarticulation du gros orteil et à la conseiller. «J'ai l'habitude, dit-il, lorsque l'opération est acceptée, de la pratiquer dans l'article, entre la première et la seconde phalange. La maladie est d'une nature si gênante que les malades s'y soumettent aisément. L'amputation de l'os tout entier me paraît préférable à toute autre tentative pour exciser la partie malade, parce qu'elle est moins douloureuse, plus certaine, et ne présente pas plus d'inconvénients.»

Debrou, d'Orléans, sous l'influence de cette réapparition de la tumeur, au lieu de sacrifier la phalange entière, proposait de faire l'amputation, non pas dans l'articulation même, mais dans le corps de la phalange, là où elle se rétrécit de façon à former un collet.

Mais pourquoi mutiler un membre, faire une opération parfois dangereuse, la plupart du temps excessive, quand on peut arriver au même but avec quelques précautions, en un mot, par l'extirpation de la tumeur ? On n'a qu'à prendre en considération la gêne et la difficulté de la marche ou des mouvements, chez les malheureux qui sont privés d'un ou plusieurs orteils, du pouce ou de l'index, pour adopter ce genre de guérison de la tumeur, guérison aussi radicale que

celle fournie par l'amputation, mais qui en écarte encore les dangers.

Nous n'avons pas à nous appesantir sur la façon d'opérer l'exostose sous-unguéale. Dupuytren qui a opéré une trentaine de cas et toujours sans récidive, opérait sans enlever l'ongle. Velpeau, Lisfranc, Blandin, agissaient de même et cautérisaient après avec le fer rouge. Aujourd'hui l'emploi de la rugine et l'évidement de la phalange nous paraissent suffisants pour remplacer l'action du fer chauffé.

Que l'on se serve du procédé de Blandin consistant à séparer l'ongle en deux parties au moyen de forts ciseaux et à les arracher avec des pinces, en agissant de dedans en dehors; qu'on introduise une spatule emmanchée entre la peau qui recouvre l'ongle et sa base, et qu'en la relevant brusquement on enlève l'ongle d'un coup, comme le faisait Broca; qu'on arrache l'ongle et l'exostose à la fois, comme le rapporte M. Micaise; qu'on cerne la tumeur par des incisions elliptiques et qu'on l'enlève en la fracturant à la base, il sera toujours absolument nécessaire de ruginer fortement la phalange ou de l'évider légèrement de façon à détruire toutes les parties qui pourraient servir de point de départ à la répullulation du mal. Avec ces précautions, il ne nous paraît pas que l'on puisse observer de récidive.

Le pansement de Lister a trop fait ses preuves pour en recommander l'emploi après l'opération. Nous devons pourtant attirer l'attention sur l'efficacité de l'iodoforme en application sur les surfaces cruentées.

L'inflammation se circonscrit et ne tend pas à envahir les parties voisines. Les bourgeons charnus apparaissent bientôt, ne tardent pas à combler les manques de substance et se mettent de niveau avec les parties voisines. Au bout d'un temps relativement peu long, la plaie est guérie et l'ongle nouveau commence à repousser. Mais il est nécessaire

de surveiller attentivement sa croissance, car il tend presque toujours à s'incarner ou à adopter une direction vicieuse.

Observation I (1).

« La nommée Mme X.. avait une excroissance ulcérée sous l'ongle du gros doigt du pied, qui avait acquis le volume d'une des plus grosses cerises. Ce mal était si douloureux qu'à peine pouvait-elle se chausser, marcher, dormir et manger. Il y avait environ trois ans qu'elle souffrait ainsi; aussi était-elle très maigre et très pâle lorsqu'on me la fit voir. Après l'avoir visitée, je trouvai que ce corps étranger chassait en haut la partie antérieure de l'ongle et que sa racine, en se repliant, comprimait exactement les parties voisines de cette racine, ce qui rendait les douleurs beaucoup plus vives en cet endroit qu'à l'excroissance. »

Après avoir employé divers palliatifs, André se résolut à extirper la tumeur par *rouelles* et par *tranches*, dit-il. Il ne réussit pas, car la tumeur était osseuse. Les cautérisations avec l'eau mercurielle (nitrate de mercure) provoquèrent plus tard la chute de la tumeur.

« Je fus étonné de trouver un os qui avait la figure de la calotte d'un moyen champignon et qui n'approchait nullement de la figure d'une phalange; elle avait des inégalités osseuses au-dessous qui paraissaient en recevoir d'autres et semblaient être unies avec l'os sain par une symphyse. J'ai toujours considéré que cette croissance osseuse était faite par un prolongement vicieux des fibres osseuses de la dernière phalange. »

(1) André, Observations pratiques 1756.

Ce qui causa à la dame le plus de mal et d'inquiétude après cela, fut la racine de l'ongle qui ne put être relevée d'un jour à l'autre; je ne pus y remédier qu'en coupant l'ongle assez près et en y assujettissant et y serrant une petite lame de plomb qui, en appuyant fortement sur le devant de obligea insensiblement la racine à se soulever, etc.

Observation II.

Clinique de M. le professeur Richet, faite le 13 juin 1868.

M. X..., âgé d'une cinquantaine d'années environ, habitant la province, vint trouver M. le professeur Richet, son ami, pour une affection singulière du pouce : l'ongle était légèrement soulevé, et au pourtour les tissus étaient tuméfiés. M. T., ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin habituel de M. X..., avait vainement essayé à maintes reprises de le débarrasser de cette gênante affection ; des incisions faites plusieurs fois avaient amené l'issue de pus. M. Richet constata sous les bourgeons charnus une petite exostose, qu'il tenta une fois sans succès de détruire par une application de caustiques, nous ne savons lesquels. Puis enfin il en pratiqua l'extirpation ; le malade guérit très bien et très promptement. Depuis, la guérison s'est maintenue ; le malade n'a absolument rien ressenti de nouveau.

Il fut impossible de reconnaître à cette tumeur aucune cause originelle, traumatique ou autre.

Nous avons déjà dit que le malade avait une cinquantaine d'années. Nous sommes donc bien loin des exostoses de croissance.

Observation III (1).

Vers la fin de février 1874, je vis à la consultation de chirurgie de la Pitié, une femme âgée de 40 ans qui portait une exostose sous-unguéale de l'index de la main droite. Le début de cette tumeur a passé complètement inaperçu et il est impossible de lui assigner une cause. Quoi qu'il en soit, la malade a remarqué pour la première fois, il y a 18 ans, qu'elle portait au doigt une grosseur anormale; mais elle n'a jamais ressenti à son niveau ni gêne, ni douleur.

La marche de la tumeur a toujours été très lente presque insensible; elle a mis 18 ans à acquérir le volume qu'elle offre aujourd'hui et qui est à peu près celui d'une cerise. Depuis un mois environ, à la suite d'une contusion, il s'est formé un petit abcès et l'on constate à la racine de l'ongle et du côté du médius une surface ulcérée et suppurante ; on pourrait s'y méprendre au premier abord et croire à un onyxis. Mais le volume de la tumeur, ses caractères directs, les renseignements que la malade fournit d'elle-même font éviter facilement toute erreur.

Cette exostose n'a jamais gêné la malade; elle ne vient à la consultation que pour son abcès. La malade consent à l'ablation de la tumeur; on l'enlève avec un fort bistouri et on rugine fortement la phalangette en entamant l'os. Les adhérences étaient très grandes au niveau du périoste. La tumeur, examinée très superficiellement, paraît formée de tissu osseux.

L'opération est faite facilement, mais bien qu'on ait pra-

(1) Fontenelle (Thèse de Paris, 1874.)

tiqué au préalable l'anesthésie, la douleur est tellement vive, qu'elle provoque une syncope. On applique un pansement simple, trois semaines après, la guérison est complète.

Observation IV.

(Recueillie par l'auteur.)

Louise P..., âgée de 14 ans, demeurant à Saint-Jean-de-Fos (Hérault), vient à l'hôpital Saint-Eloi dans le service du Dr Tédenat, le 7 juin 1884.

Le père et la mère jouissent d'une excellente santé ; il n'y a dans la famille aucun antécédent de syphilis, de rhumatisme et de scrofule.

Louise P..., grande, forte, s'est toujours bien portée. Elle est bien réglée depuis 15 mois.

Au mois de septembre 1883, sans cause appréciable, une tumeur s'est formée au gros orteil gauche, sous la partie antérieure et interne de l'ongle. Quand la malade s'en est aperçue, la tumeur avait le volume d'un petit pois légèrement aplati; elle était dure, un peu rouge, nullement douloureuse, sauf quand on la comprimait fortement. Peu à peu, la tumeur a augmenté de volume, et depuis deux ou trois mois, comprimée par la chaussure, elle est le siège de pénibles douleurs et gêne la marche. Enfin, l'ongle s'y incarne.

On voit une tumeur du volume d'un pois-chiche, dépassant un peu en dedans l'angle antéro-interne de l'ongle se prolongeant en dehors jusque près du milieu de son bord libre. Sa couleur est rosée, sa surface légèrement grenue, non ulcérée ; sa consistance est dure et élastique. Elle s'enfonce sous l'ongle qui est soulevé dans sa moitié antérieure, mais nulle-

ment altéré. En repoussant en avant la partie antérieure de la tumeur qui fait au-dessus de l'ongle une saillie de 4 à 5 millimètres de hauteur, on voit un sillon ulcéré, à bourgeons exubérants, d'un rouge intense et foncé, dans lequel s'enfonce le bord libre de l'ongle. Le néoplasme adhère intimément à l'os.

M. Tédenat fait un lavage très soigné de tout le pied avec du savon, de l'éther et une solution phéniquée forte. L'ongle est divisé en deux moitiés latérales qui sont arrachées au moyen de fortes pinces. On voit alors la tumeur occuper toute la moitié antérieure de la matrice unguéale. Incision transversale jusqu'à l'os, faite à un demi-centimètre en arrière des limites postérieures de la tumeur. Une rugine sert à décoller méthodiquement le périoste; ce n'est qu'à la partie antérieure que la tumeur fait corps avec l'os par un pédicule court et implanté sur une surface de 3 à 4 millim. en carré. Avec une gouge, la section du pédicule est faite dans le tissu osseux sain. Hémorrhagie peu considérable. Anesthésie par un mélange de glace et de sel marin. Pansement à l'iodoforme.

La malade a été emportée le lendemain dans son pays. M. Tédenat l'a revue au mois de septembre suivant. La cicatrisation avait été complète en trois semaines. L'ongle s'était reformé épais et court; en avant de lui existait une masse cicatricielle cornée, lisse et plate. Pas de menaces de récidive.

EXAMEN ANATOMO-PATHOLOGIQUE.

Sur une section médiane longitudinale de la tumeur, on voit le derme épaissi avec des papilles hypertrophiées. Au-dessus de lui une coque fibreuse épaisse de 1 à 2 millim. selon les points, recouvrant des ilôts de grains qui paraissent

constitués par du tissu cartilagineux; au-dessous enfin de la substance osseuse, spongieuse et très vascularisée. Elle forme un noyau du volume d'un petit pois inclus dans la partie antérieure de la tumeur.

Sur des coupes faites, après macération dans une solution concentrée d'acide picrique et colorées par le carmin, on voit le derme épaissi avec des papilles hypertrophiées; quelques-unes ont leur extrémité en massue. Une couche fibreuse très colorée, formée de faisceaux serrés entre lesquels sont interposés des éléments fusiformes. Au-dessous, une substance fondamentale amorphe, presque incolore, présentant des cellules cartilagineuses, colorées faiblement en rouge. Les chondroplastes contiennent une ou plusieurs cellules. Cette couche devient comme grenue dans la région profonde où elle se continue avec la masse osseuse, comme cela se voit dans l'ossification normale du cartilage. Là on voit des vaisseaux peu développés, qui, de la zône osseuse se prolongent dans la zône en voie d'ossification. Le tissu osseux est raréfié et pourvu d'une moelle qui fixe fortement le carmin. Elle contient de nombreuses cellules adipeuses.

Il semble que, dans cette tumeur, le cartilage était en voie d'ossification et qu'avec le temps la néoplasie se serait constituée comme une véritable exostose.

Observation V

(Recueillie par l'auteur)

Louis G...., âgé de 17 ans, habitant Narbonne, s'est toujours bien porté. La mère est de bonne constitution, le père a eu plusieurs attaques de rhumatisme. Depuis deux ans, l'ongle du gros orteil droit est soulevé sur toute sa largeur

et dans son tiers antérieur par une tumeur qui déborde légérement son bord antérieur sous forme d'un bourrelet médian du volume d'un petit pois. Il n'y a pas de changement de couleur de la peau; la pression de la chaussure détermine de vives douleurs, surtout quand le temps est humide.

Le 9 juillet 1884, M. Tédenat pratique l'opération suivante après lavage antiseptique très soigné et anesthésie avec un mélange de glace et de sel marin.

L'ongle est sectionné transversalement en arrière des limites apparentes de la tumeur assez facile à apprécier d'après la saillie de l'ongle aminci. La partie antérieure est enlevée. Incision jusqu'à l'os le long du bord antérieur de ce qui reste; décollement d'arrière en avant avec une rugine agissant à petits coups et entamant la surface de l'os. La tumeur ne fait pas corps avec la phalange, elle est développée dans l'épaisseur du périoste.

Écoulement sanguin en nappe peu abondant; il est arrêté par l'application de bourdonnets de coton trempés dans la soluiton phéniquée forte à 5 p. 100. Pansement de Lister. Enveloppement ouaté remontant jusqu'au dessus des malléoles. Cicatrisation en un mois sans complication.

Examen anatomique. — La tumeur est fendue longitudinalement par le milieu. Elle se compose d'une coque fibreuse d'épaisseur variable et d'un nodule cartilagineux environné de toutes parts par le tissu fibreux qui envoie des prolongements dans son épaisseur.

Après 4 jours de macération dans une solution concentrée d'acide picrique, des coupes sont faites et colorées avec le carmin.

La périphérie est constituée par des faisceaux lamineux entre lesquels existent des éléments fusiformes sur lesquels le carmin s'est déposé abondamment. A la limite interne de la

zône fibreuse existent des éléments arrondis et fusiformes très colorés. Le noyau est entouré par une substance hyaline, presque incolore, dans laquelle sont creusés de nombreux chondroplastes contenant jusqu'à 4 et 5 cellules cartilagineuses.

Des travées fibreuses minces s'enfoncent entre les cellules cartilagineuses. Il n'y a pas de cellules osseusss.

FIN.

Vu bon à imprimer :
Le Doyen,
CASTAN.

Vu :
Le Président censeur
DUBRUEIL.

Le Recteur de l'Académie
Correspondant de l'Institut,
G. CHANCEL.

SERMENT.

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !